

## **Domanda di cancellazione dall'Albo professionale**

Per la cancellazione i sanitari devono:

1. scaricare la domanda di cancellazione e munirsi di marca da bollo da € 16,00;
2. compilare la domanda in stampatello (in maniera chiara e leggibile), indicando tutti i dati richiesti e apponendo la marca da bollo di euro 16,00;
3. l'interessato/a deve presentarsi munito di documento di identità, ovvero allegarne copia qualora produca l'istanza per il tramite di terzi o la trasmetta tramite PEC oppure per le vie postali (per quest'ultimo caso, è opportuno provvedere a mezzo raccomandata a/r. Diversamente, gli uffici non risponderanno di eventuali disguidi);
4. in caso di incapacità o, comunque, di impossibilità alla compilazione ed alla sottoscrizione del modulo, tali incombenze dovranno essere svolte dal legale rappresentante del richiedente avendo cura di allegare una copia della procura, della sentenza di nomina di tutore o di curatore, ovvero una certificazione e copia del documento di identità, redatta ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 attestante la qualità di legale rappresentante, di tutore, di curatore e simili.

### **Avvertenze:**

- Prima di procedere alla cancellazione, l'Ordine accerterà la regolarità della quota d'iscrizione dell'anno in corso e/o precedenti - tributo 540 (non si può pronunciare la cancellazione quando risultino morosità dei tributi 540).
- Per i pagamenti relativi all'ENPAM (tributo 539), l'iscritto, qualora non ancora pensionato, è tenuto al versamento sino alla data di cancellazione dall'albo (non si può pronunciare la cancellazione quando risultino morosità dei tributi 539).
- Per la cancellazione con decorrenza 31 dicembre è necessario presentare la domanda entro e non oltre la fine dell'anno in corso (se spedita per posta farà fede la data del timbro postale, se spedita per PEC farà fede la data di avvenuta consegna).

A tal proposito si specifica che è necessario presentare la domanda in originale e con firma autografa, corredata di documento di identità in corso di validità, ovvero allegarne copia qualora si produca l'istanza per il tramite di terzi o la si trasmetta via PEC oppure per il tramite del servizio postale (per quest'ultimo caso è opportuno provvedere a mezzo raccomandata a/r - diversamente gli uffici non risponderanno di eventuali disguidi).

I Sanitari dovranno presentare doppia richiesta se chiedono la cancellazione da entrambi gli Albi.  
La domanda deve essere corredata dal tesserino/dei tesserini di iscrizione, in originale.

marca da bollo  
€ 16,00

Ordine provinciale dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Messina

Prot.n. .... del .....

Ric. n. .... del .....

**All'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Messina**  
Via Bergamo is.47/A - 98124 Messina

**RICHIESTA DI CANCELLAZIONE DALL'ORDINE - ALBO** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. ( ) \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

indirizzo PEC \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La cancellazione dall'Albo \_\_\_\_\_ di codesto Ordine,  
con decorrenza dalla data di Consiglio, per il seguente motivo:

- cessazione attività professionale
- trasferimento all'estero
- rinuncia all'iscrizione all'albo (nel caso di doppia iscrizione)

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

**DICHIARA**

di non avere riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

di non avere riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;

DICHIARA INOLTRE

di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine ed all'ENPAM;

Data .....

Firma .....

ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia". Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

**SPAZIO RISERVATO AGLI UFFICI**

Il sottoscritto .....

attesta, ai sensi dell'art.30 T.U. DPR 28.12.2000 n.445, che il/la richiedente

- ha sottoscritto l'istanza in sua presenza
- ha presentato l'istanza tramite PEC del .....

.....  
data

.....  
firma dell'incaricato che riceve l'istanza